



2

QUELQUES OBSERVATIONS

2.e SÉRIE.
N.o 341.

SUR LE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE L'AISSELLE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG,

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le lundi 13 août 1855, à midi,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

CHARLES-JOSEPH BERNARD,

DE HETTANGE-GRANDE (MOSELLE).

STRASBOURG,

IMPRIMERIE DE V.e BERGER-LEVRAULT, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE.

1855.

A MON PÈRE.
A MA MÈRE.

Piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE MES SOEURS
LÉONIE ET ANNA.

Regrets.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

Attachement.

CH. J. BERNARD.

A M. SÉDILLOT,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ, MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL MILITAIRE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE ET DE L'INSTITUT DE FRANCE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, FTC.

ET

A M. J. BOULLENGER,

OFFICIER D'ADMINISTRATION PRINCIPAL, COMPTABLE DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Hommage de respect et de reconnaissance.

Ch. J. BERNARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM. Coze	Doyen.
Ehrmann	Anatomie et anatomie pathologique.
Coze	Matière médicale et pharmacie.
Fée	Botanique et histoire naturelle médicale.
Stoltz	Accouchements et clinique d'accouchements.
Forget	Pathologie et clinique médicales.
Cailliot	Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux	Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes	Médecine légale.
Sédillot	Pathologie et clinique chirurgicales.
Rigaud	Pathologie et clinique chirurgicales.
N	Médecine opératoire.
Schützenberger	Pathologie et clinique médicales.
Stœber	Pathologie et thérapeutique générales.
Küss	Physiologie.

M. Bégin, professeur honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Strohl.
Hirtz.
Held.
Joyeux.
Kirschleger.
Michel.

MM. Wieger.
L. Coze.
Dagonet.
Herrgott.
Kœberlé.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. Ehrmann, président.
Forget.
Kirschleger.
Michel.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE L'AISSELLE.

Pour parvenir à la guérison des tumeurs, le principal point, et le premier, dépend de la connaissance d'icelles et de leur différence.

A. Paré (Œuvres complètes), t. 2, p. 321.

INTRODUCTION.

Dupuytren, dans sa clinique chirurgicale, en insistant sur la difficulté que présente le diagnostic différentiel des tumeurs de l'aisselle, a émis un de ces principes dont chaque jour de la pratique chirurgicale vient démontrer la vérité. Plus que dans d'autres régions du corps, plus que d'autres affections peut-être, les tumeurs dans l'aisselle, par leur fréquence, leur grande variété, les complications graves que souvent elles entraînent avec elles, ont eu le triste privilége d'être le sujet de méprises de la part de chirurgiens illustres. Ceux-ci, moins soucieux de leur propre gloire qu'amis de l'humanité, les ont loyalement consignées dans les archives de la science, afin de les faire servir à l'instruction des générations médicales futures.

Pour ne citer qu'un exemple, nous dirons que l'anévrisme de l'artère axillaire a été pris par Dupuytren pour un abcès de l'aisselle et ouvert par lui[1]. En choisissant le diagnostic des tumeurs de l'aisselle pour sujet de notre thèse inaugurale, nous ne saurions avoir la prétention de résoudre toutes les difficultés devant lesquelles ont échoué tant de savants praticiens. Nous nous estimerons heureux si nous parvenons à élucider quelques points d'une question qui, depuis longtemps, exerce la sagacité des chirurgiens.

Nous regrettons que le manque de temps nous ait empêché de donner à notre sujet tous les développements désirables, et nous demandons à nos juges leur bienveillante indulgence pour les imperfections de notre travail.

Nous avons pensé bien faire en divisant notre travail en trois parties.

Dans la première nous donnerons une esquisse anatomique succincte du creux de l'aisselle, en ayant soin d'insister surtout sur les organes dont l'étude peut offrir de l'intérêt au point de vue de la pathologie.

Dans la seconde, nous essaierons de donner une classification des tumeurs qui peuvent se rencontrer dans le creux de l'aisselle.

Dans la troisième enfin, celle à laquelle nous avons donné le plus d'extension, nous examinerons quelques points, tant du diagnostic général que du diagnostic différentiel des tumeurs de cette région.

1. Dupuytren, Leç. orales de clinique chirurgicale. (Vol. 3, p. 12-18.)

I. Anatomie chirurgicale.

Pour quelques anatomistes, la région de l'aisselle est formée par la dépression cutanée des muscles grand pectoral et grand dorsal ; mais certaines tumeurs, et notamment celles qui sont produites par l'hypertrophie des ganglions profonds, s'insinuent profondément sous le scapulum et le soulèvent. C'est pourquoi j'adopterai la définition de Blandin : « L'aisselle est la région formée par le contact de l'épaule avec la région scapulo-humérale. »[1]

L'aisselle a la forme d'une pyramide creuse, triangulaire, dont la base correspond à la dépression cutanée, et le sommet à l'angle formé par la réunion du scapulum et des côtes. Toute cette cavité est remplie par un tissu cellulaire très-abondant et très-lâche, qui fait que la forme de cette région peut changer complétement, suivant que le bras se trouve dans l'abduction ou l'adduction.

Parois.

A) *Interne.* Elle est formée par la partie supérieure et externe de la région costale, qui, à cette hauteur, est recouverte par le grand dentelé.

B) *Antérieure.* Elle est formée en entier par le muscle grand pectoral, qui forme un angle droit à la séparation du thorax. Au-dessous de ce muscle se trouve une quantité considérable de filets nerveux provenant du plexus cervical superficiel.

C) *Postérieure.* Elle est formée par les muscles grand dorsal et grand rond.

Aponévroses.

Il y en a deux : 1° l'aponévrose sous-axillaire (*fascia superficialis*) qui donne les limites de l'aisselle en avant. Elle est située sous la peau

1. Blandin, Traité d'Anatomie topographique.

et se continue avec le tissu cellulaire qui recouvre les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond;

2° L'aponévrose sous-coracoïdienne; c'est elle qui détermine la forme de la base de l'aisselle. Elle est triangulaire, son sommet adhère au bord antérieur de l'apophyse coracoïde, et sa base est tournée en bas, se continuant avec la face supérieure de l'aponévrose précédente;

3° Il y a en outre une troisième (sous-claviculaire) que je dois citer ici, quoique ne faisant pas partie de la région; elle est placée à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, forme une gaîne incomplète au muscle sous-clavier et se trouve ouverte en bas et en arrière vers l'aisselle.

Tissu cellulaire.

Nous avons indiqué précédemment les aponévroses de l'aisselle; il nous sera facile maintenant de parler du tissu cellulaire axillaire.

Par rapport à l'aponévrose sous-axillaire, il se divise en deux couches : celle qui est située entre la peau et l'aponévrose (couche superficielle) et celle qui a pour base cette aponévrose et qui remplit le creux axillaire. Ce tissu cellulaire profond s'étend jusqu'à l'angle formé par la région scapulaire et la région costale (angle postérieur). En avant il entoure le faisceau vasculaire dans toute son étendue et communique par conséquent avec le tissu cellulaire de la région cervicale, ce qui explique pourquoi les abcès du cou peuvent se faire jour dans l'aisselle et y déterminer des tumeurs que nous appellerons des tumeurs secondaires, et *vice versa.*

Quant au tissu cellulaire sus-aponévrotique, il se continue avec le superficiel du bras et de la poitrine. C'est dans cette masse celluleuse que se trouvent agglomérés les ganglions lymphatiques. Nous les diviserons en deux classes. Les ganglions qui entourent le plexus brachial, et l'artère dans toute la longueur de la région, et ceux qui se trouvent disséminés dans toute la région de l'aisselle. Les uns

et les autres reçoivent les lymphatiques du bras et de la poitrine; les premiers forment une chaîne non interrompue avec les ganglions de la région supérieure.

Muscles.

Il ne s'y trouve aucun muscle intrinsèque; on y remarque le grand pectoral en avant, le grand dorsal en arrière, le grand dentelé à la partie interne, et à la partie postérieure le sous-scapulaire, le grand et le petit rond.

Vaisseaux.

Il y a une seule grosse artère (artère axillaire). Elle commence derrière la clavicule et finit à l'ouverture de la fosse axillaire. Elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La veine axillaire se trouve à son côté interne et couvre une petite partie de la face antérieure. La veine céphalique la croise en avant. La scapulaire inférieure est une branche de cette artère; elle se dirige vers la partie postérieure de l'aisselle de haut en bas et d'avant en arrière.

Nerfs.

Le plexus brachial traverse complétement l'aisselle en se dirigeant en bas et en dehors, depuis la sixième vertèbre jusqu'à la deuxième côte. Il entoure l'artère dans le creux de l'aisselle et se trouve placé au-dessus d'elle. Le nerf médian l'embrasse dans son V; un peu plus bas elle se trouve placée entre le nerf médian et le cubital, qui sont en avant, et le nerf radial, qui est en arrière. Le plexus brachial, l'artère et la veine satellite pénètrent dans l'aisselle par le sommet de cette région. Les principales branches nerveuses qui s'y distribuent sont le nerf respirateur externe, qui se rend dans le grand dentelé, et quelques branches importantes de la deuxième et troisième paires cervicales.

Division.

Nous avons cru pouvoir adopter pour les tumeurs de l'aisselle la classification que M. Nélaton a donnée pour les tumeurs de la glande mammaire[1]. En conséquence, nous distinguerons dans les tumeurs de l'aisselle :

1° Des tumeurs qui, bien que pathologiques, sont superficielles, communes à toutes les régions du corps, et qui, pour se rencontrer dans le creux de l'aisselle, ne tirent de ce siége aucune modification spéciale. Dans cette catégorie nous rangerons : l'érysipèle, l'œdème, la pustule maligne, l'anthrax, le furoncle. Les premières de ces affections, telles que l'érysipèle, l'œdème, constituent, nous l'accordons volontiers, non pas des *tumeurs* dans l'acception ordinaire du mot, mais bien de simples *gonflements*.

Les caractères de ces affections nous ont engagé à les éliminer de notre travail, pour fixer plus spécialement notre attention sur la seconde classe de tumeurs qui apparaissent dans l'aisselle avec certains caractères spéciaux.

Ici deux moyens se présentaient à nous : d'une part une classification prenant sa base dans les caractères physiques des tumeurs, leur densité plus ou moins considérable, leur dureté, leur mollesse relatives, etc. Nous aurions, dans cette hypothèse, divisé les tumeurs de l'aisselle en A) tumeurs *dures*, B) tumeurs *molles*, C) tumeurs *liquides*. Dans la première catégorie seraient venues prendre place les tumeurs formées par la tête de l'humérus luxée par les exostoses, les périostoses des côtes; dans la seconde, les hydarthroses de l'articulation scapulo-humérale, les anévrismes de l'artère axillaire et de ses branches, les varices des veines profondes du bras, certaines

1. Nélaton, Des tumeurs de la mamelle. Thèse pour l'agrégation; Paris, 1839.

tumeurs ganglionnaires et cancéreuses; dans la troisième, enfin, les phlegmons superficiels et profonds, les abcès, quelle que soit d'ailleurs leur nature, les épanchements sanguins, les lipômes, les kystes, etc.

Cette classification, selon nous, présentait des inconvénients : le premier, et le plus grand à notre avis, c'est qu'il serait trop souvent très-difficile, pour ne pas dire impossible, de spécifier exactement dans quelle catégorie rentrerait telle ou telle tumeur; en un mot, de préciser le point où une tumeur cesse d'être molle et devient liquide, ou *vice versa.*

Le second inconvénient inhérent à ce mode de classification, c'est que dans l'immense majorité des cas une seule et même tumeur ne conserve pas des caractères physiques identiques pendant toute la durée de son développement. L'observation journalière, bien au contraire, nous apprend qu'un abcès, par exemple, formant une tumeur dans l'aisselle, est successivement mou, liquide, selon qu'on l'examine à une époque plus ou moins avancée de son évolution pathologique.

Ces considérations nous ont paru militer en faveur de l'adoption d'une classification ayant une base plus stable. Cette base, nous croyons l'avoir trouvée dans l'anatomie. En effet, en prenant pour point de départ les différents genres d'organes qui entrent dans la composition du creux de l'aisselle, nous avons rangé sous une même catégorie toutes les tumeurs qui peuvent avoir leur siége dans tel ou tel appareil organique.

D'après ces données nous aurons :

1° *Tumeurs ayant leur siége dans le système osseux.*

A) Tête de l'humérus luxée;

B) Exostoses des côtes;

C) Périostoses des côtes;

D) Hydarthrose de l'articulation de l'épaule.

Cette affection, pour pouvoir former une tumeur dans le creux

de l'aisselle devra, bien entendu, être arrivée à un degré considérable de développement.

2° *Tumeurs du système vasculaire.*

A) Anévrismes de l'artère axillaire et de ses branches collatérales;

B) Anévrismes variqueux constitués par l'artère axillaire et la veine humérale;

C) Varices des veines profondes du bras.

3° *Tumeurs du système nerveux.*

Névrômes des nerfs du plexus brachial et de ses divisions.

4° *Tumeurs du système ganglionnaire.*

A) Ganglions indurés;

B) Ganglions suppurés;

C) Ganglions ayant subi des dégénérescenses diverses, telles que:

Cancer squirrheux;
« encéphaloïde;
« mélanique;
« fibro-plastique.

5° *Tumeurs développées dans le tissu cellulaire graisseux.*

A) Phlegmons superficiels profonds;

B) Abcès superficiels ou profonds,

de diverses natures : { Abcès par congestion;
Abcès scrophuleux, etc.

C) Épanchements sanguins;

D) Kystes;

E) Lipômes.

6° Ne pourrait-on pas enfin, dans une dernière catégorie, ranger toutes les tumeurs de l'aisselle qui n'auraient pu trouver leur place dans les divisions admises jusqu'ici? Telle serait, par exemple, la hernie d'une portion plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire à travers un espace intercostal divisé par une blessure, dont l'ouverture d'entrée cutanée se serait cicatrisée sans production d'accidents ultérieurs.

Tumeurs ayant leur siége dans le tissu osseux.

A. Tumeur formée par la luxation de la tête de l'humérus.

Si nous avions adopté la classification des tumeurs en *tumeurs dures, molles et liquides,* celle qui est produite par la luxation de l'humérus *en dedans,* nous servirait certainement de type pour cette classe d'affections.

Bien que les auteurs soutiennent qu'elle soit très-rare, nous en avons cependant trouvé des observations, et la plus remarquable, à notre avis, est celle qu'a publiée Delpech [1]. Ce chirurgien rapporte que le malade s'offrit à lui avec une luxation de l'humérus en dedans et compliquée de fracture du col, en sorte que la tête de l'humérus formait sous les muscles pectoraux une tumeur de l'aisselle, mobile, et pouvant être poussée jusque sous la clavicule.

Dans cette variété de la luxation, appelée *luxation de l'humérus en dedans,* la tête peut se trouver dans le creux de l'aisselle (J. L. Petit), c'est la *luxation axillaire* de M. le professeur Sédillot, *intra-coracoïdienne* de M. Nélaton. [2]

Le diagnostic de cette tumeur offrirait certainement des difficultés si le chirurgien ne pouvait avoir de détails sur la cause de l'accident; mais toujours, dans ce cas, il apprend que le malade aura subi un traumatisme violent; il sera par exemple tombé d'un lieu élevé, en ayant le membre supérieur écarté du tronc de telle sorte, que tout l'effort se portant sur la partie inféro-antérieure de l'articulation, les liens articulaires auront cédé dans ce point, et la tête de l'os aura été chassée dans l'aisselle. Le moignon de l'épaule est déformé; sa face antérieure est assez bien conservée, mais la face externe offre un aplatissement considérable, tandis que la paroi antérieure de l'aisselle a augmenté de volume; si l'on enfonce les doigts dans le creux axillaire, on sent derrière le grand pectoral qui est soulevé, une

1. Précis des maladies chirurgicales, t. III, p. 71.
2. Nélaton, Path. chirurgicale, t. II, p. 363.

tumeur ordinairement immobile, dont la nature est facile à reconnaître, et qui est la tête de l'humérus. Nous ajouterons à cela, pour compléter le diagnostic, qu'il y a raccourcissement du bras, le coude est porté en avant et un peu en arrière, douleur ordinairement violente dans tout le membre correspondant, et qui provient de la forte compression du plexus brachial. Voyons si nous pourrons confondre cette tumeur avec une exostose de l'aisselle.

1.° Il y a eu traumatisme récent pour la luxation, tandis que l'exostose reconnaît toujours une cause plus ou moins éloignée.

2.° Les exostoses de l'aisselle reconnaissent le plus souvent pour cause une affection syphilitique ancienne.

3.° L'exostose est peu considérable, tandis que la tête de l'os est volumineuse.

4.° Dans la luxation, la tête de l'humérus fait toujours fortement saillir le grand pectoral; rien de semblable pour l'exostose, qui se trouve toujours placée sur la paroi interne de l'aisselle.

5.° Enfin, dans la luxation, la direction du membre est toujours *déviée* (signe pathognomonique).

B. Tumeur due à une exostose.

Nous venons de voir dans l'article précédent, quelques symptômes de la tumeur de l'aisselle due à une exostose. Il sortirait des limites de notre sujet de traiter longuement de cette affection.

Ces tumeurs n'offrent rien de particulier dans cette région, si ce n'est qu'on n'a pas encore rencontré d'exostoses de l'épiphyse supérieure de l'humérus, et que toutes celles que l'on constate, se trouvent toujours placées sur la paroi interne de l'aisselle, où elles forment une tumeur dure, non élastique, sans changement de couleur à la peau, de forme et de grosseur variables, peu douloureuse, et adhérente à l'os (A. Bérard).

Comme on le voit, il est assez difficile de méconnaître une exostose; reconnaissons toutefois que le diagnostic différentiel peut en être rendu

extrêmement difficile, quand il existe une complication, comme par exemple dans le cas rapporté par Mayo[1], où une exostose de la première côte avait oblitéré l'artère axillaire, et en avait imposé pour un anévrisme.

C. Périostoses.

Nos recherches ne nous ont rien appris à cet égard. Aucun des auteurs que nous avons consultés n'a fait mention de périostose siégeant dans l'aisselle. En tout cas, nous pouvons dire, par induction, que la différence qu'il y a physiquement entre une exostose et une périostose, c'est que la première forme une tumeur toujours dure, faisant rarement subir à la peau un changement de couleur, à moins qu'elle n'ait un volume trop considérable, tandis que dans la périostose, il y a toujours un certain degré d'empâtement avec couleur violacée de la peau, tension douloureuse; et, au bout d'un certain temps, il se forme toujours un ulcère.

Ici encore, le commémoratif aidera le diagnostic, tandis que la périostose reconnaît pour point de départ une affection chronique des os, une constitution débilitée, un rachitisme considérable, l'exostose se développera sur des individus vigoureusement constitués, mais affectés d'une maladie syphilitique ancienne.

L'exostose produit des douleurs nocturnes; la périostose occasionnera des douleurs moins vives, mais plus régulières et se déclarant le jour aussi bien que la nuit.

La tumeur de l'exostose est dure; celle de la périostose est un peu molle, empâtée; au bout d'un certain temps, elle sera ulcérée, et le stylet constatera la présence de l'os au fond de la plaie.

Le traitement de ces deux maladies pourrait également nous fournir des signes pour le diagnostic différentiel, mais les limites restreintes de notre sujet ne nous permettent pas d'en parler.

1. *London med. and phys. journ.*, *July* 1831.

D. Hydarthrose de l'articulation scapulo-humérale.

Ainsi que le fait remarquer M. Jules Roux[1], ce que l'on a écrit sur l'hydarthrose en général, paraît n'avoir été observé que sur les articulations ginglymoïdales et condyliennes; avant cet observateur, personne n'avait étudié l'hydarthrose énarthrodiale.

M. Jules Roux donne pour caractères de cette affection : l'allongement souvent considérable des expansions extra-capsulaires que les synoviales envoient sur les tendons des muscles; la distension des muscles qui le recouvrent; leur flaccidité après l'évacuation des liquides articulaires. A l'articulation de l'épaule, les expansions de la synoviale sur les tendons des muscles de cette région peuvent acquérir des dimensions telles, que la fluctuation peut se faire sentir dans le bras, dans l'aisselle, et jusque dans la fosse épineuse.

Dans l'observation publiée par ce chirurgien, il s'agit d'un matelot atteint de fièvre intermittente, et qui à deux reprises différentes fut atteint de gonflement dans l'articulation du poignet gauche, et de l'articulation coxo-fémorale droite.

Au bout de quelque temps, le malade ressentit une vive douleur dans l'épaule gauche, et voici ce que M. Roux put y constater:

Bras allongé d'un centimètre; coude retenu loin du corps par le malade. L'épaule est abaissée, tuméfiée, la tuméfaction s'étend à l'aisselle. Une fluctuation des plus évidentes se fait sentir de la région scapulaire postérieure à la région axillaire, ou bien de la région scapulaire externe aux deux régions que je viens de citer, et au creux de l'aisselle jusqu'au bord du muscle pectoral.

Il va sans dire que les mouvements étaient abolis et la douleur très-forte.

Remarques. Quelles idées pourrait faire naître cette tumeur? C'était une tumeur liquide, et alors on avait à établir le diagnostic différentiel entre toutes les tumeurs de cette catégorie, c'est-à-dire les

1. Hydarthrose scapulo-humérale traitée par l'injection iodée, par J. Roux, de Toulon (Mémoires de l'Académie de Médecine, t. XIII, p. 514.

abcès, les anévrismes, les phlegmons, et l'hydarthrose; nous donnerons plus loin le diagnostic différentiel de l'anévrisme et de l'abcès.

Disons ici seulement, que ce qui établissait des probabilités en faveur de l'hydarthrose pour le chirurgien, c'était d'abord l'existence de deux hydarthroses antérieures, ensuite l'étendue de la fluctuation dans toute l'épaule.

Tumeurs ayant leur siége dans l'appareil vasculaire.

Anévrisme de l'artère axillaire.

Cette affection est certainement une des plus graves que nous ayons à traiter, une de celles dont il importe le plus de bien préciser le diagnostic, à cause des effroyables accidents qui peuvent résulter de la méprise du chirurgien.

Cet anévrysme reconnaît pour cause, toutes celles des anévrysmes en général; de plus, il se produit à la suite des manœuvres souvent violentes, employées pour la réduction des luxations de l'humérus. C'est donc une maladie qui peut se rencontrer fréquemment dans la pratique; essayons d'en tracer les caractères.

Ordinairement le malade commence par sentir une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, et qui se trouve placée près de la paroi externe de l'aisselle, sous le bord du grand pectoral. Elle s'agrandit promptement, et, au bout de quelque temps, elle remplit le creux axillaire de manière à soulever le scapulum, les muscles grand dorsal et grand pectoral, et à empêcher le bras de se rapprocher du tronc.

Pour donner une idée du volume considérable que peuvent acquérir les tumeurs anévrismales, rappelons ces anévrismes de l'artère axillaire qui ont usé, perforé les côtes, les muscles intercostaux et qui se sont fait jour dans la poitrine au point de gêner la dilatation du poumon[1]. On a vu le ligament capsulaire détruit et l'articulation scapulaire ouverte communiquer avec le sac, l'humérus lui-même, dévié

1. Nélaton, *loco cit.*, II, p. 496.

de sa direction normale, et altéré plus ou moins profondément dans sa structure. Toujours le membre correspondant est amaigri et œdématié.

Lorsque l'on comprime la tumeur, on y sent distinctement un mouvement d'expansion qui tend à faire écarter les doigts, cependant ce signe peut manquer, bien qu'il passe pour pathognomonique, témoin la tumeur dont il a déjà été fait mention plus haut.[1]

La malade offrait une petite tumeur de la grosseur d'une amande, Dupuytren y constate de la fluctuation, *mais sans battements ;* ce qui lui fit diagnostiquer un *abcès*. On sait le reste.

L'auscultation fournit aussi des signes précieux pour le diagnostic de l'anévrisme; on entend ordinairement un battement simple, plus fort qu'à l'état normal, ou bien un bruit de souffle ou de râpe; on peut encore percevoir un frémissement particulier qu'on a appelé *Susurrus*.[2]

Tels sont les principaux caractères de l'anévrisme de l'aisselle; cependant il est d'autres tumeurs qui peuvent en imposer pour une artériectasie.

Ainsi, un abcès peut se trouver dans le voisinage de l'artère: à quels signes le reconnaîtrons-nous?

1° D'abord, l'abcès aura une origine récente; sa formation aura déterminé de la réaction chez le malade. L'anévrisme a ordinairement une marche plus lente; d'ailleurs, pour ce dernier, les renseignements fournis par le malade pourront guider beaucoup;

2° La peau de l'aisselle est ordinairement tendue, rouge, lisse dans l'abcès; dans l'anévrisme, elle ne change pas de couleur; de plus, quand il est ancien, il contracte d'intimes adhérences avec elle;

3° L'anévrisme durcit de la circonférence au centre; l'abcès se ramollit du centre à la circonférence;

4° Il y a œdème dans l'anévrisme, ainsi que douleur propagée au

1. Dupuytren, *loco citato*.

2. Barth et Roger, Traité d'auscult., p. 488.

loin par suite de la compression du plexus branchial : rien de semblable ne s'observe pour les abcès quels qu'ils soient ; ils ne produisent qu'une douleur qui s'irradie très-peu. Quand on exerce la compression sur l'artère au-dessus de la tumeur, les mouvements cessent dans l'anévrisme : si on l'exerce au-dessous, ils deviennent plus énergiques. Il n'en est rien pour les abcès.

Il est cependant quelques circonstances, hâtons-nous de le dire, où le diagnostic est pour ainsi dire impossible. A quels signes pourrions-nous reconnaître qu'un abcès recouvre un anévrisme? ce cas s'est malheureusement offert à un de nos grands chirurgiens.

Enfin, nous terminerons cet article en disant qu'une tumeur située derrière l'artère, et comprimant ce vaisseau, peut encore en imposer pour un anévrisme. [1]

Anévrismes variqueux.

La science possède plusieurs observations de cette espèce d'anévrismes de l'aisselle. Amb. Paré [2] parle des *anévrismes par anastomoses* « *estant aux aisselles* ». Dupuytren en a observé également.

Cet anévrysme a le même siége que celui que nous venons de décrire précédemment. Les caractères, auxquels on le reconnaîtra, seront ceux qu'on observe dans les autres régions.

1° Ordinairement cet anévrysme est produit par une plaie ;

2° On y percevra le mouvement vibratoire et le bruit de *susurrus* (signe pathognomonique) ;

3° On ne le fait pas disparaître par la compression, à cause des caillots qu'il contient. Ce dernier caractère le fera reconnaître de la varice anévrismale.

Varices des veines profondes du bras.

Malgré de longues recherches que nous avons faites dans les différents ouvrages de chirurgie, nous n'avons pu réussir à trouver d'article concernant les veines profondes des bras. La rareté de cette

1. Mayo, *loc. cit.*

2. Œuvres complètes, t. II, p. 371.

maladie trouve sa cause dans une raison physiologique. En effet, dans le membre supérieur, le sang n'ayant pas à lutter contre son propre poids, remonte plus facilement des capillaires vers le centre des organes de la circulation.

Les dilatations variqueuses des veines profondes du bras, il était facile de le prévoir théoriquement, forment des tumeurs arrondies, molles, multiples, diminuant par la pression et ordinairement accompagnées de douleurs avec sentiment de pesanteur dans le membre qui en est le siége. Les varices peuvent être idiopathiques ou deutéropathiques, et, dans ce dernier cas, elles sont le plus souvent la complication des tumeurs cancéreuses ou ganglionnaires qui apportent une gêne notable à la circulation de retour. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici l'exemple d'un de nos condisciples atteint de varices des veines profondes du bras, et qui a servi à établir notre description.

Tumeurs du système nerveux.

Névrômes du plexus brachial.

Les Névrômes se rencontrent fréquemment dans l'aisselle. Si nous nous en rapportons aux observations que nous avons lues, elles paraissent siéger de préférence dans le nerf médian. Cependant les autres nerfs du plexus auxillaire peuvent en être le siége ; ainsi, Cheselden a enlevé, dans l'aisselle, un névrôme qui occupait le centre du nerf cubital; Hunter, E. Home en ont opéré également un grand nombre. M. Ph. Boyer, rapporte[1] que Dubois a enlevé un névrôme de la grosseur d'un melon, situé dans l'épaisseur du nerf médian.

Le névrôme consiste en une petite tumeur ayant son siége dans la direction du plexus brachial, variant entre la grosseur d'un pois et celle d'une forte aveline. Cette tumeur sera extrêmement douloureuse au toucher, surtout quand on la presse dans le sens de la direction du nerf (Boyer); elle produira des douleurs lancinantes qui s'irra-

1. Maladies chirurgicales de Boyer, t. II, p. 557.

dieront au loin, et même on pourra reconnaître le nerf malade d'après la direction de la douleur.

Or, les dissections nous apprennent que le nerf médian fournit les rameaux collatéraux digitaux palmaires des trois premiers doigts et le rameau radical de l'annulaire.

Le nerf cubital fournit le rameau collatéral cubital palmaire de l'annulaire et les deux rameaux collatéraux palmaires du petit doigt, ainsi que les rameaux collatéraux dorsaux des deux derniers doigts et le rameau cubital du médius. Le nerf radial fournit les collatéraux digitaux dorsaux des deux premiers doigts et le collatéral dorsal radial du médius.

Suivant que le névrôme affectera un de ces nerfs, il y aura douleur dans les parties correspondantes, engourdissement et paralysie.

Cette énumération des symptômes des névrômes suffit, nous le croyons, pour établir le diagnostic différentiel. Cependant, comme phénomène local, le névrôme de l'aisselle peut se confondre avec le ganglion lymphatique. Nous ferons alors remarquer :

1° Que le ganglion est ordinairement un peu plus dur que le névrôme;

2° Qu'il siége à quelque distance des nerfs, ou du moins par la pression on peut l'en écarter momentanément;

3° Enfin que l'élément douleur, jouera ici le principal rôle; elle n'existe pas, ou elle est très-limitée pour le ganglion; celle du névrôme s'irradie au loin.

Tumeurs du système ganglionnaire.

Les maladies des ganglions lymphatiques de l'aisselle se rencontrent très-fréquemment dans la pratique; nous avons donc à nous en occuper d'une manière spéciale, aussi jugeons-nous à propos de placer ici une description succincte des ganglions et de leurs communications.

On appelle *ganglion lymphatique* une glande formée par la réunion

d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques maintenus en place par un tissu cellulaire fin et serré. (G. Breschet.)[1]

Ces ganglions peuvent être tantôt solitaires, tantôt groupés. Nous avons déjà dit plus haut que, dans l'aisselle, il y a des ganglions isolés : ce sont les sous-cutanés, d'autres qui forment une chaîne autour des vaisseaux sanguins de cette région; et enfin une quantité considérable se trouve logée dans le creux axillaire, au-dessous de l'aponévrose (ganglions profonds).

Ils sont tous, les aboutissants des vaisseaux lymphatiques du membre supérieur et des parties supérieures du thorax. Cette notion nous paraît indispensable à connaître pour que nous puissions nous rendre compte des affections de ces ganglions, affections qui sont bien plus souvent la conséquence d'une cause très-éloignée (maladie du sein, du membre supérieur).

Inflammation. — Toute inflammation de ce tissu forme tumeur dans l'aisselle. Cette tumeur est diffuse et mal circonscrite. Si la masse des ganglions profonds est affectée, cette tumeur sera peu mobile, occupant tout le creux axillaire et offrant quelques bosselures irrégulières. Il y a ordinairement un mouvement de réaction assez prononcé, une douleur vive, pongitive dans la partie malade.

C'est à cette époque ordinairement que le praticien est appelé ; il a alors à distinguer une tumeur ganglionnaire d'une foule d'autres qui peuvent avoir la même forme.

Nous dirons donc : 1° Si la tumeur est récente, si elle est consécutive à une piqûre faite aux doigts, à l'avant-bras ou au bras, il y aura présomption en faveur de l'adénite;

2° Elle a ordinairement son siége dans le creux axillaire proprement dit ;

3° Un anévrisme aurait une position un peu plus élevée, ou bien il pourrait se trouver sous le pectoral, à la partie supérieure et interne du bras (angle externe de l'aisselle;

1. Des vaisseaux lymphatiques, Paris, 1836.

4° Dans la supposition d'un anévrisme, il faudrait qu'il y eut eu des tractions violentes exercées sur le bras ;

5° La douleur produite par la formation d'un anévrisme n'est pas la même que celle qui résulte de l'inflammation des lymphatiques. Celle-ci est pongitive, lancinante ; celle de l'anévrisme, produite par le tiraillement du plexus, a un tout autre caractère ;

6° A la période de suppuration, la fluctuation s'ajoute aux autres signes donnés pour l'adénite ; ici elle est franche, c'est-à-dire qu'on sent un large foyer liquide, ou bien on sentira dans la même tumeur plusieurs petits foyers ;

7° Dans l'anévrisme il y a également fluctuation ; mais le plus ordinairement quand il est un peu ancien, les parois sont dures ; il faut presser davantage ;

8° En palpant un anévrisme, on perçoit les mouvements d'expansion dont nous avons déjà parlé ; si l'on ausculte on entend les bruits caractéristiques que nous avons signalés. Rien de semblable pour les abcès ganglionnaires.

Il nous reste maintenant à différencier les tumeurs ganglionnaires suppurées des autres tumeurs molles de l'aisselle ; nous nous réservons d'en parler à l'occasion des tumeurs diverses.

Lorsque la tumeur ganglionnaire est indurée, l'idée du cancer squirrheux ou encéphaloïde pourra venir à l'esprit du chirurgien. A cette occasion nous dirons :

1° Que les ganglions indurés proviennent toujours d'une inflammation qui n'a pas été franchement éteinte ;

2° Que la tumeur cancéreuse de l'aisselle est dure aussitôt qu'on en constate la présence ; c'est là le caractère du développement du cancer ;

3° Ordinairement la tumeur cancéreuse de l'aisselle accompagne une induration du sein ou de quelque autre partie du corps ;

4° L'état général du malade aidera le diagnostic.

Tumeurs cancéreuses.

On rencontre fréquemment des tumeurs de l'aisselle formées par des productions cancéreuses. Toutes les formes y ont été observées; seulement elles paraissent être plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes en raison même de l'étroite sympathie qui unit les mamelles aux ganglions axilliaires. Indépendamment de cela, l'affection cancéreuse peut commencer à se déclarer primitivement dans cette région.

Chaque fois que, dans notre travail, nous examinons une maladie, nous ne citons les symptômes qu'autant qu'ils peuvent éclairer le diagnostic au lit du malade; nous nous croyons donc dispensé d'entrer dans de longs détails sur l'anatomie pathologique du cancer. Cependant il nous paraît peu rationnel de donner le diagnostic différentiel de chaque tumeur sans avoir parlé de sa composition.

Les tumeurs cancéreuses de l'aisselle proviennent toutes, des dégénérescenses des ganglions de cette région. Dans toutes les observations de cancer ayant envahi les os, on rapporte que le point de départ primitif était dans les parties molles.[1]

Toujours ce sont les ganglions de cette région qui subissent les premières la dégénérercence cancéreuse. Rarement a-t-on vu le cancer débuter par les muscles ou le tissu cellulaire. Dans les cas où l'on a trouvé des noyaux cancéreux dans l'épaisseur du grand pectoral[2], on a toujours remarqué que c'était consécutif à une affection de la glande mammaire ou des ganglions axillaires.

Quoique sachant bien que l'ancienne division des tumeurs en *tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes et mélaniques* n'est plus tout à fait à la hauteur des idées reçues aujourd'hui dans la science, nous la conserverons néanmoins par la raison que beaucoup d'observations sont encore prises sous le premier point de vue.

1. Pelletan, Clinique chirurgicale.
2. Cruveilhier, Anat. path. in Nél., thèse, p. 107.

Tumeurs squirrheuses.

Ce sont les plus fréquentes; elles sont constituées par des tumeurs dures, bosselées, adhérentes aux parties par un tissu cellulaire plus ou moins dense. On sait que le tissu squirrheux a été appelé *Cancer napiforme*, à cause des cloisons fibreuses qui le traversent en convergeant vers un centre commun. La tumeur que Lisfranc a présentée à l'Académie en 1827[1], présentait tous ces caractères; elle était grosse comme le poing, occupait le creux de l'aisselle et remontait vers la tête de l'humérus et la clavicule.

Après l'incision de la peau, la tumeur parut au chirurgien sous la forme d'un tissu fibreux très-adhérent aux parties voisines.

Lorsque ce travail pathologique est bien déclaré, les ganglions axillaires s'engorgent, puis finissent par s'ulcérer.

M. Nélaton cite dans sa Thèse, à laquelle nous empruntons la plus grande partie de ces détails, l'exemple d'une malade de la Salpêtrière, qui présentait un vaste ulcère depuis le sternum jusqu'au milieu du bras.

La marche de ce cancer est la même que dans toutes les autres régions du corps : il y a engorgement du membre correspondant. A tous ces symptômes nous ajouterons les douleurs lancinantes qui se représentent continuellement, et qui sont surtout exaspérées pendant la nuit, et la teinte jaune-paille qui est l'indice de la cachexie cancéreuse.

Bien avant que le cancer en soit arrivé à ce point, l'état général du malade est devenu mauvais. Les voies digestives ne fonctionnent plus; le malade tombe dans le marasme, et finit par mourir épuisé par la suppuration.

Cancers encéphaloïdes.

Ce que nous venons de rapporter du squirrhe, peut se dire en grande partie du cancer encéphaloïde, pour les symptômes, bien

3. Archiv. gén. de médecine, T. 1827.

entendu. Nous ne parlerons point de l'anatomie pathologique de cette dégénérescence; seulement nous avons à résoudre ce problème important : Étant donnée une tumeur de l'aisselle, reconnaître la tumeur squirrheuse et la tumeur encéphaloïde.

Ces deux tumeurs sont presque toujours symptomatiques d'un cancer de la glande mammaire; si le malade en est à sa première atteinte, le diagnostic différentiel du squirrhe ou de l'encéphaloïde sera peu certain. Ainsi :

1° Pour le squirrhe il y a tumeuur arrondie, inégale, bosselée, dure, douloureuse; elle est adhérente à la peau.

2° L'encéphaloïde, à son début, offre une tumeur à peu près pareille; seulement les bosselures sont un peu plus régulières.

3° Il y a des douleurs lancinantes pour les deux.

4° A une période un peu plus avancée, le diagnostic peut être un peu plus sûr, vu que l'encéphaloïde offre soujours une tendance au ramollissement et que le squirrhe semble se durcir davantage. Mais alors il s'élève d'autres difficultés : l'encéphaloïde étant à sa deuxième période, une de ces tumeurs que nous aurions qualifiée de tumeur molle (voir notre classification) peut être confondue avec une foule d'autres tumeurs, et surtout avec les engorgements scrophuleux. Dans ce cas, ce qui pourrait encore en imposer pour une erreur de diagnostic, c'est la teinte toujours cachectique des malades.

5° Le microscope devra être alors le seul juge de la question[1]; il démontrera pour le squirrhe, du tissu conjonctif de nouvelle formation, avec une grande variété dans la structure des fibres, dans la disposition secondaire des vaisseaux fibreux, un suc amorphe, dans lequel nageront quelquefois quelques cellules. Pour l'encéphaloïde, il y aura un tissu très-riche en cellules et gorgé de sucs[2]. Quant au

1. Förster, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, 1.er Band, p. 76

2. *Ibid.*, p. 112.

tissu mélanique, le voisinage du poumon, qui est son siége de prédilection, nous fait penser qu'on peut aussi le rencontrer dans l'aisselle. La tumeur qu'il y forme est assez semblable à celle de l'encéphaloïde; seulement la peau pourra être dans cet endroit, parsemée de taches noires (Cazenave). Si le cancer est ulcéré, il s'en écoulera un ichor dont la couleur noire ne pourra plus faire douter de la nature.

Abcès par congestion.

On appelle abcès par congestion « les abcès symptomatiques d'une affection locale, quand ils se montrent vers quelque point éloigné du siége de la maladie dont ils dépendent. » (Roux.)[1]

C'est à dessein que nous avons rapporté cette définition; car ici nous nous pouvons donner les caractères de cette sorte d'abcès, vu qu'ils sont les mêmes que ceux des autres abcès; ils n'en diffèrent que par la cause. Une observation que nous allons rapporter nous fera connaître les *abcès par congestion de l'aisselle.*

Inflammation de la plèvre, suivie d'un épanchement dans la poitrine, évacué au moyen d'abcès formés sous l'aisselle; par M. Navarre, chirurgien aide-major au 12e régiment d'infanterie légère.[2]

B...., artilleur, âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, atteint d'un léger engorgement aux glandes axillaires gauches, ayant fait avec son régiment une marche longue et pénible, entra à l'hôpital de Strasbourg le 13 juin 1822. La tuméfaction des ganglions avait augmenté, et s'étendait à la partie voisine du thorax, ainsi qu'à la partie supérieure du bras, dont les mouvements étaient difficiles et douloureux. La peau était sensible au toucher; de la chaleur et de la rougeur attestaient l'existence d'une inflammation aiguë dans la partie, et un mouvement fébrile assez intense, tourmentait le sujet. La tumeur, qu'on

1. Dictionnaire en 30 vol.

2. Recueil de Mémoires de médecine militaire, T. XVI, p. 80.

regardait alors comme idiopathique, éprouva quelque diminution par des sangsues placées à son voisinage et par l'application de cataplasmes émollients à sa surface. Un régime sévère et des boissons adoucissantes furent prescrits, et l'on esperait obtenir ainsi la résolution complète de l'engorgement. Mais cet état favorable dura peu; le 2, c'est-à-dire huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur avait augmenté de volume, et présentait à son centre plusieurs points de fluctuation : la compression exercée par elle sur les nerfs du plexus brachial occasionnait une vive douleur, qui se propageait jusqu'à la pulpe des doigts. Il existait de la chaleur à la peau, de la soif, de l'inappétence et de l'insomnie.

Dans cette situation, le malade sollicitait l'ouverture de l'abcès; on crut toutefois devoir attendre jusqu'au vingt-troisième jour, où une incision fut pratiquée sur la tumeur et donna issue à un litre environ d'un liquide séreux, homogène et sans mauvaise odeur. Une petite mêche de charpie, placée entre les lèvres de la plaie, prévint l'agglutination de ses bords et facilita l'écoulement de la matière épanchée : celle-ci était tellement abondante, que l'appareil, renouvelé trois fois chaque jour, se trouvait constamment inondé. Les cataplasmes et les boissons adoucissantes furent continués. Le sujet éprouvait une toux légère, avec une expectoration d'un liquide analogue à celui qui sortait de la plaie extérieure.

La maladie sembla demeurer stationnaire jusque vers le 15 juillet, époque à laquelle on vit le pus changer de nature, devenir épais, grumeleux, et répandre une odeur fétide, qui s'accrut incessamment. La suppuration était toujours aussi abondante; la maigreur avait fait d'effrayants progrès; une fièvre hectique avec exacerbation nocturne, et chaleur mordicante à la paume des mains, ainsi qu'à la plante des pieds, s'était manifestée depuis quelque temps; enfin des sueurs abondantes, une toux oppressive avec expectoration de crachats purulents, complétaient la série de symptômes présentés alors par le malade. C'est dans cet état qu'il fut transféré dans le

service des blessés. M. le professeur Gama soupçonna d'abord l'existence d'un épanchement dans la cavité gauche du thorax. La saillie considérable des espaces intercostaux de ce côté; la grande quantité de matière évacuée; son altération aussitôt que l'air pût s'introduire dans les sinuosités de la plaie; la nature de la toux; l'expuition des crachats; enfin l'existence, trois ans auparavant, d'une inflammation de la poitrine, après laquelle le malade annonçait avoir toujours conservé de la gêne et de l'oppression au côté gauche de cette cavité : telles sont les circonstances qui servirent à confirmer le premier diagnostic. On continua l'emploi des émollients locaux, et l'on y ajouta quelques injections, faites avec ménagement par la plaie.

Durant les mois de septembre, d'octobre et de novembre, deux abscès nouveaux se formèrent sous l'aisselle, et furent ouverts avec l'instrument tranchant. Un bon régime soutenait le malade; sa santé s'améliora un peu; la suppuration devint moins abondante et de moins mauvaise nature. Le désordre local était seul très-considérable. La peau, d'une teinte brunâtre, n'adhérait plus, dans une grande étendue, aux parties sous-jacentes; les bords de l'ulcère étaient durs, lardacés, squirreux et percés de plusieurs orifices fistuleux. On fit deux contre-ouvertures à la partie inférieure de la tumeur; l'évacuation sanguine locale qu'elles procurèrent sembla calmer l'irritation des parties; quatre applications de sangsues, faites à peu de distance, produisirent un effet avantageux, et bientôt deux des fistules se fermèrent. La peau reprit sa couleur; la suppuration continua de diminuer; six nouvelles sangsues hatèrent le dégorgement, et leur application fut suivie d'une telle amélioration, qu'on la renouvela de trois en trois jours pendant un temps assez long : tel fut l'effet de cette médication, que bientôt le recollement de la peau s'opéra, des adhérences s'établirent à l'intérieur, et d'une maladie aussi grave il ne resta à B.... qu'une difficulté médiocre dans l'exécution des mouvements de bras.

Tumeurs développées dans le tissu cellulaire graisseux.

Phlegmon.

A. *Superficiel.* — Le siége de cette tumeur est ordinairement le tissu cellulaire qui se trouve placé entre l'aponévrose sous-axillaire et la peau. A l'aisselle, ce phlegmon n'offre aucune particularité remarquable, et il est en général facile à reconnaître.

La tumeur qu'il forme est petite, sous-cutanée, simple et quelquefois multiple; elle est très-douloureuse, comme tous les phlegmons, et n'a pas de tendance à s'agrandir.

Nous avons aussi à parler de l'érysipèle. Ce dernier donne un phlegmon, superficiel également; seulement il est diffus, et par conséquent plus grave. La présence de l'érysipèle dans l'aisselle rendra son diagnostic peu embarrassant.

Phlegmon profond.

C'est certainement la tumeur phlegmoneuse la plus redoutable de l'aisselle. Les caractères en sont quelquefois insidieux et le pronostic en est très-grave.

Le phlegmon profond occupe tout le tissu cellulaire contenu dans le creux de l'aisselle à partir de l'aponévrose sous-claviculaire. Les symptômes sont les suivants :

Les mouvements du bras sont impossibles ; l'aisselle forme une tumeur mal circonscrite, pouvant soulever l'omoplate ; la région scapulo-humérale est tuméfiée. Cette tumeur n'offre pas de pulsations. Seulement celles de l'artère axillaire deviennent plus énergiques à cause de la compression qu'elle éprouve et de la réaction générale.

Cette réaction est très-considérable ; on observe même quelquefois des symptômes cérébraux.

A cette période, le phlegmon profond pourrait être confondu avec les inflammations aiguës des ganglions profonds ; nous ferons alors observer :

1° Que dans le phlegmon profond, la tumeur est uniformément dure, non bosselée, qu'elle soulève pour ainsi dire l'épaule; tandis que dans l'adénite profonde, la tumeur est bosselée, on peut en sentir les bords avec les doigts, elle proémine aussi plus fortement.

2° Quand la suppuration est établie, on a à la distinguer de toutes les autres tumeurs fluctuantes, mais alors, outre les caractères que nous avons énoncés précédemment, nous dirons qu'il est rare que la tumeur ne s'étende pas.

Nous avons vu, en anatomie, que l'aisselle communique avec la région cervicale, au moyen de l'ouverture qui donne passage aux vaisseaux et au plexus. Le pus peut se faire jour de ce côté, et se répandre dans le cou.

Le pus peut aussi se faire jour dans le médiastin.

En dernier lieu, nous dirons que fréquemment, il arrive qu'il se répande dans le bras, et y détermine des fusées purulentes.

Arrivé à cette période, le phlegmon ne pourra plus être méconnu. Les fusées purulentes du bras ne pourront pas en imposer pour l'œdème de l'anévrisme.

Abcès scrofuleux.

Si l'on s'en tenait aux symptômes locaux, nous comprendrions que l'on pût méconnaître la nature de cette variété de tumeurs de l'aisselle. Mais dans cette circonstance, le chirurgien ne peut pas être, un seul instant, induit en erreur par l'état général du malade. En outre, qu'il remarquera les signes d'une constitution débilitée, il sera frappé également de la coexistence de ganglions développés dans d'autres régions, surtout au cou, ou bien encore de cicatrices difformes, blafardes, qui font que le nom de la maladie est, pour ainsi dire, écrit sur l'individu lui-même.

Les abcès scrofuleux se trouvent ordinairement logés dans l'intérieur des ganglions; d'où il vient qu'ils sont un peu mobiles; ils peuvent être isolés ou multiples; en tout cas, ils offrent toujours une fluc-

tuation manifeste, et ils accompagnent toujours l'hypertrophie des ganglions de la région, ainsi que ceux d'autres régions plus éloignées.

Épanchements sanguins.

Desault[1] rapporte qu'après avoir opéré des tractions violentes sur le membre supérieur pour réduire une luxation de l'humérus, il se forma tout à coup une tumeur considérable qu'on reconnaît pour une tumeur sanguine de l'aisselle.

Diagnostic. En général, au moment de l'accident, le malade éprouve une sensation de déchirure, et une forte chaleur dans l'aisselle. Au bout de quelque temps, il se forme une tumeur molle, fluctuante, d'un volume qui varie suivant que l'hémorrhagie est plus ou moins considérable. Le malade pâlit et éprouve une syncope. Cette tumeur sanguine a, dès son origine, des caractères assez tranchés: Elle est fluctuante, et n'oppose pas de mouvements d'expansion si on l'ausculte; on ne perçoit aucun bruit, ce qui suffit pour la distinguer de l'anévrisme. Elle disparaît ordinairement en quelques jours. Quant à la distinguer des abcès, on n'a qu'à se rappeler la manière dont elle a été produite, et au bout de quelques jours, on y sentira une crépitation douce (bruit d'amidon), qui est due au frottement et à l'écrasement des caillots.

Kystes.

L'aisselle est encore le siége de prédilection, de cette classe de tumeurs. On y a rencontré les trois espèces de kystes; ils y conservent les caractères qu'ils possédent dans les autres régions. Tout praticien un peu exercé y reconnaîtra la nature de ces tumeurs.[2] Ainsi, le *stéatôme* a une consistance ferme; il roule facilement sous la peau; sa surface est inégale; l'*athérôme* est mou, compressible, sans fluctuation; le *mélicéris* se distingue des deux autres par sa fluctuation d'une matière séreuse.

1. Œuvres chirurgicales.

2. Benj. Bell, Cours de chirurgie, t. V, p. 262.

Le volume de ces tumeurs est variable; il peut quelquefois être énorme et induire alors le chirurgien en erreur.

C'est ce qui est arrivé dans une observation publiée par M. Cézart[1], le malade portait dans l'aisselle gauche une tumeur volumineuse, grosse comme la tête d'un homme ordinaire, s'étendant depuis le sommet de l'aisselle jusqu'au dessous du mamelon correspondant, et jusqu'à deux pouces du bord antérieur de l'omoplate. Elle paraissait attachée aux parois de la poitrine, et était recouverte par des tissus sains.

On porte le diagnostic *stéatôme* de l'aisselle ; on opéra et la tumeur se trouva être un *squirrhe.*

Productions diverses.

On a vu différentes productions se trouver dans le pus des abcès de l'aisselle; ainsi, M. Andral[2] cite des cas d'abcès de l'aisselle, qui ont donné lieu à une certaine quantité de matière calcaire, chez un individu atteint de tubercules du poumon. Nous avons trouvé une observation[3], dans laquelle un malade affecté d'asthme depuis longtemps, eut un abcès dans l'aisselle qui donna issue à une grande quantité de matières tophacées.

Pour en arriver à notre sujet, nous dirons que, dans ce cas, ces abcès étant symptomatiques, il est impossible au chirurgien de reconnaître la présence de ces corps étrangers, fussent-ils même superficiels, car alors l'abondance de la fluctuation empêcherait de sentir ces petits corps à travers les parois de l'aisselle.

Tumeur emphysémateuse.

On sait que chez les individus atteints d'emphysème pulmonaire pour cause traumatique ou pour cause interne, il peut se forme

1. Recueils de mémoires de médecine militaire, t. XII, p. 346.

2. Clinique médicale, t. III.

3. Recueils de mémoires de médecine militaire, t. VIII, p. 212.

un emphysème de l'aisselle qui apparaît sous forme de tumeur élastique, molle, diffusible, mais reparaissant aussitôt après la compression. Ici le diagnostic différentiel ne devra pas porter seulement sur la tumeur, mais aussi sur l'état des poumons du malade. Si avec cette tumeur élastique, crépitante et compressible on constate par l'auscultation, un emphysème pulmonaire, on pourra sûrement porter le diagnostic : tumeur emphysémateuse de l'aisselle.

Hernie du poumon dans l'aisselle.

Cette affection a certains caractères tranchés au moyen desquels on la reconnaîtra toujours :

1° Cette tumeur de l'aisselle est volumineuse, ne donne pas de changement de couleur à la peau ;

2° Elle se produit très-lentement et ordinairement par suite de l'usure des deux premières côtes ;

3° Elle *diminue* dans l'inspiration et *augmente* dans l'expiration (signe d'une grande valeur) ;

4° Si on la comprime, et qu'on opère le taxis, la tumeur disparaît momentenément et le malade respire plus librement ;

5° Si on fait coucher le malade sur le côté opposé, *la tumeur se réduira d'elle-même*, le malade respirera très-librement ; tandis que, si elle était dû à un abcès par congestion provenant de la poitrine, le décubitus du côté opposé *serait impossible au malade.*

CONCLUSION.

1° Les tumeurs de l'aisselle sont très-fréquentes dans la pratique ; il en est peu dont le diagnostic soit plus important à préciser ;

2° Le chirurgien devra d'abord constater les signes physiques de la tumeur :

a) Si elle est *dure*, elle peut être formée par la tête de l'humérus luxée, une exostose ou une périostose;

b) Si elle est *molle sans fluctuation*, elle pourra être une adénite, un cancer, un emphysème, une hernie du poumon, etc.

c) Si elle est *molle-fluctuante*, on aura à distinguer toutes les tumeurs formées par les abcès, phlegmons, etc.;

3° L'examen de l'état général du malade sera d'une grande importance pour le diagnostic différentiel.

Bon à imprimer,
Strasbourg, le 6 août 1855.
Le président de la thèse,
EHRMANN.

Permis d'imprimer,
POUR LE RECTEUR EN CONGÉ,
Le Doyen de la faculté des lettres, délégué,
DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DU 22 MARS 1842.

1.° *Anatomie.* — De la vésicule ombilicale, de son développement et de sa disposition.

2° *Anatomie pathologique.* — Des vers intestinaux chez l'homme

3° *Physiologie.* — Des intestins grêles; de leur sensibilité et de leurs mouvements.

4° *Hygiène..* Analyser les effets produits sur l'économie par une température chaude et humide.

5° *Médecine légale.* — Des cicatrices, au point de vue médico-légal.

6° *Accouchements.* — Le col de la matrice peut-il opposer un obstacle mécanique à l'expulsion du fœtus.

7° *Histoire naturelle médicale.* — Des plumes, et de leur mode naturel d'accroissement.

8° *Chimie.* — Quels sont les corps gras neutres saponifiables que l'on rencontre dans l'économie animale; quelles sont leurs propriétés caractéristiques.

9° *Pathologie et clinique chirurgicale.* — Dans quel cas la présence d'un calcul dans la vessie indique-t-elle de préférence l'opération de la taille, et dans quelles circonstances convient-il d'employer la lithotritie.

10° *Pathologie et clinique médicale.* — Énumérer les symptômes fournis par l'appareil cutané; examiner particulièrement les signes tirés de la coloration de la peau, des sueurs et des éruptions.

11° *Médecine opératoire.* — Des procédés applicables à la ligature des carotides primitives.

12° *Matière médicale et pharmacie.* — Y a-t-il de l'avantage à prescrire les médicaments en latin ?

